

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 64

LA GREFFE D'ALBEE

SOUS ANESTHÉSIE LOCALE

DANS LE

MAL DE POTT

INDICATIONS = TECHNIQUE

THÈSE

présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

LE 22 JUILLET 1946

par

JEAN BASSOUL

Interne Sanatorium Maritime du Grau-du-Roi

Né à Villefort (Lozère), le 31 Mars 1921

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

MM. AIMES, Professeur, *Président.*

Examinateurs
de la Thèse

{ ETIENNE, Professeur.
PAGÈS, Professeur.
COLL de CARRERA, Agrégé Libre. }

Assesseurs

NIMES

IMPRIMERIE H. MAUGER

1946

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 64

LA GREFFE D'ALBEE

SOUS ANESTHÉSIE LOCALE

DANS LE

MAL DE POTT

INDICATIONS = TECHNIQUE

THÈSE

présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

LE 22 JUILLET 1946

par

JEAN BASSOUL

Interne Sanatorium Maritime du Grau-du-Roi

Né à Villefort (Lozère), le 31 Mars 1921

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

MM. AIMES, Professeur, *Président.*

**Examineurs
de la Thèse**

{ ETIENNE, *Professeur.*
PAGÈS, *Professeur.*
COLL de CARRERA, *Agrégé Libre.* }

Assesseurs

NIMES

IMPRIMERIE H. MAUGER

1946

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Professeurs

Chaires :

Anatomie	MM. J. DELMAS.
Histologie	TURCHINI.
Physiologie	HEDON.
Chimie biologique médicale et toxicologie	CRISTOL.
Physique médicale	PECH.
Anatomie pathologique et médecine expérimentale	BAUMEL.
Microbiologie	N...
Histoire naturelle médicale et parasitologie	HARANT.
Pathologie et thérapeutique générales	PAGES.
Thérapeutique et matière médicale	JANBON.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	PUECH.
Hygiène	CARRIEU.
Médecine légale et médecine sociale	VIDAL.
Technique opératoire et chirurgie expérimentale	ROUX.
Pathologie et propédeutique chirurgicale	MOURGUE-MOLINES.
Pathologie médicale et clinique propédeutique	BOULET.
Clinique médicale	L. RIMBAUD.
—	GIRAUD, doyen.
Clinique chirurgicale	MASSABUAU.
—	LAPEYRE.
Clinique obstétricale	N...
Clinique des maladies mentales et nerveuses	EUZIÈRE, doyen hon.
Clinique des maladies des enf. et hyg. du 1 ^{er} âge	BOUDET.
Clinique de dermato-syphiligraphie	MARGAROT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	ETIENNE.
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU, assesseur.
Clinique gynécologique	AIMES.
Clinique ophtalmologique	DEJEAN.
Clinique d'oto-rhino-lar. et chir. maxillo-faciale	TERRACOL.

Chargés de cours :

Anatomie	LAUX.
Histologie	GRANEL.
Radiologie	LAMARQUE
Chimie	MONNIER

Professeurs honoraires

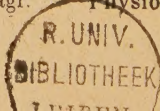
MM. BERTIN-SANS. CABANNES, GALAVIELLE, VIRES,
VILLARD, GRYNFELT, RICHE.

Chargés d'enseignements complémentaires

MM.	MM.
Microbiologie..... CARRÈRE, agrégé.	Clin. de la tuberc VIDAL, professeur.
Pharmacologie..... HARANT, professeur	Pathologie chir. TRUC, agrégé.
Pathologie médicale BOUCOMONT, agr.	Accouchements.. CADERAS
— BERT, agrégé.	de KERLEAU, agr.
Propédeutique méd. P. RIMBAUD, agr.	Stomatologie..... HOUPERT, d. en méd
Clin. des mal. cont.. JANBON, professeur.	

Agrégés en exercice

MM.	MM.
Médecine..... P. RIMBAUD.	Bactériologie..... CARRÈRE.
— BOUCOMONT.	CADERAS
— BERT.	Accouchements.. de KERLEAU.
— Dr LAFON, ch. d'agr.	Physiologie . . Dr LOUBATIERES,
Urologie..... TRUC,	chargé d'agr.



A ma mère

Toute notre affection ne saura jamais reconnaître
sa tendresse et son dévouement.

A mon père

Dont la vie de travail et de sacrifice sera
pour nous le meilleur exemple.

A ma fiancée

Meis et Amicis

A notre président de thèse

Monsieur le Professeur Alexandre AïMES

Professeur de Clinique Gynécologique

Hommage respectueux et reconnaissant pour
l'honneur qu'il nous fait en voulant bien accepter
la présidence de notre thèse.

Qu'il nous permette de lui dire combien nous
avons été touché de toujours rencontrer chez lui
la plus grande bienveillance.

A Monsieur le Professeur ÉTIENNE
*Professeur de Clinique chirurgicale Infantile et
Orthopédie*

A Monsieur le Professeur PAGES
*Professeur de Pathologie et Thérapeutique
Générales*

A Monsieur le Professeur Agrégé
COLL DE CARRERA

Nous les remercions d'avoir bien voulu faire
partie de notre Jury de thèse

Qu'ils soient assurés de notre très vive reconnaissance.

A Monsieur le Docteur Jean BASTIDE
*Médecin Directeur du Sanatorium Héliο-Marin du
Grau du Roi*

Hommage de profonde reconnaissance

Il nous a inspiré le sujet de cette thèse et
aidé de ses précieux conseils.

Nous en gardons le souvenir fidèle et nous le
prions de bien vouloir trouver ici un faible
témoignage de la dette de gratitude que nous
avons à son égard.

A Monsieur le Docteur Jean ARRIGHI DE CASANOVA
Médecin-Adjoint au Sanatorium du Grau du Roi

Il a toujours été pour nous plein de bienveillance.

Nous voulons lui témoigner ici toute notre recon-
naissance et le remercier de son aide précieuse dans
l'élaboration de ce travail.

A Monsieur le Docteur Joseph Ducos
Médecin-Chef des Hôpitaux de Perpignan

En des heures pénibles il nous a donné les
marques d'une sympathie agissante.

Qu'il soit assuré que nous en gardons le souve-
nir vivace et qu'il veuille bien accepter l'expression
de tout notre respectueux attachement.

Au personnel du Sanatorium du Grau du Roi
Qui nous a-toujours facilité notre tâche d'interne.

INTRODUCTION

En 1911 et presque simultanément selon les dates qu'ils ont eux mêmes communiquées par la suite ALBEE d'une part, HIBBS de l'autre aux Etats Unis et DE QUERVAIN en Europe, osaient pour la première fois, l'opération de l'osteo-synthèse vertébrale, par greffon tibial prélevé sur le sujet malade.

Depuis cette époque, des quantités de communications scientifiques et de nombreuses thèses de doctorat en médecine ont été publiées à ce sujet ; mais malgré tout une question demeure à l'ordre du jour : Quand faut-il intervenir ?

En effet, le débat est toujours ouvert entre les partisans de l'intervention précoce et les chirurgiens qui n'opèrent que sur des lésions stabilisées.

Les uns pensent qu'il faut intervenir aussitôt qu'est porté le diagnostic de mal de Pott, même en passant à travers des abcès, même s'il existe des fistules ou des troubles paraplégiques, bref devant un stade et un tableau quelconques de l'évolution de la maladie.

D'autres, au contraire, pensent, que devant une tuberculose des corps vertébraux il convient avant tout de porter avec précision, un diagnostic de stade évolutif et de n'intervenir que sur des lésions en voie de stabilisation, sur un foyer déjà assoupi. Ce qui ne s'obtient, en général, qu'après un repos prolongé et rigoureusement observé.

Ainsi comprise l'ostéo-synthèse vertébrale conserve néanmoins un vaste champ d'action qui consiste essentiellement chez l'adulte à suppléer l'organisme incapable ou à l'aider à réaliser l'ankylose, qui est le seul moyen efficace et définitif, la seule garantie d'une guérison valable.

Nous présentons pour notre part un travail essentiellement statistique basé sur 42 observations, toutes prises dans les services du Sanatorium Hélios Marin du Grau du Roi, desquelles nous avons éliminé soigneusement, toutes celles qui n'offraient pas de renseignements suffisants.

Le diagnostic positif dans le Mal de Pott

La localisation de la tuberculose sur les vertèbres semble être une maladie fréquente et grave.

Considérée pendant longtemps comme l'apanage de l'espèce humaine, nous devons admettre aujourd'hui « qu'en réalité, si elle est fréquente chez l'animal, elle n'a pas le temps de réaliser de larges destructions, et l'étude des lésions que l'on observe particulièrement sur les porcs abattus, est des plus instructives pour nous faire suivre les étapes du début, celles que la radiographie ne permet pas de déceler et qu'il est rare d'observer même au cours d'autopsies, car le rachis y est rarement fendu par le milieu » (R. Massart — Vidal — Naquet — Pratique Orthopédique).

Tous les auteurs se sont mis d'accord pour reconnaître la grande fréquence du mal de Pott mais ils l'apprécient de manières différentes. Signalons les deux statistiques de Lan- nelongue et de Valtancoli.

Le premier sur 1.113 cas de tuberculose non pulmonaire compte 180 maux de Pott soit 16,17 %.

Le second sur 2.740 cas compte 1.271 maux de Pott soit 45,5 %.

Sur 10.000 malades soignés à Berck entre 1920 et 1930 et qui comprennent 5.203 cas d'atteinte osseuse ou ostéo-articulaire, Ombrédanne, dans son Précis clinique et opératoire de Chirurgie Infantile trouve 1.490 maux de Pott soit 28,6 % qui représentent la localisation la plus fréquente (983 coxalgies et 664 tumeurs blanches du genou).

Rappelons brièvement que les enfants sont plus souvent atteints que les adultes : 70 % dans les 10 premières années, d'après Rauensbuch avec le maximum entre deux et cinq ans, selon Mouchet.

Le siège de prédilection est la colonne dorso lombaire ; 725 cas sur 1.457 observations d'Ombrédanne.

Nous voyons donc d'après ce bref rappel statistique toute l'importance de cette affection, et l'intérêt pour le médecin, à pouvoir la diagnostiquer à son début.

Comment évolue cliniquement et radiologiquement un mal de Pott ? Voilà ce que nous allons tenter de résumer brièvement en suivant ses trois phases classiques.

1°) PHASE D'INVASION.

Elle se caractérise :

A) *Cliniquement par la raideur et la douleur.*

La douleur est précoce et, en général, bilatérale.

Elle survient par poussées paroxystiques sur un fond douloureux continu à type névralgique ; douleur due à des phénomènes de radiculite et provenant d'une poussée inflammatoire ou d'abcès ossifluents, surtout marquée dans la station debout et la marche, et calmée par le décubitus horizontal.

La raideur qui est due, en général, à la contracture des muscles des gouttières consécutive aux phénomènes douloureux peut être essentiellement variable et s'associer à des signes cliniques très divers selon le siège de la lésion.

Ainsi au niveau de la colonne cervicale la raideur sera constante, précoce et très marquée ; il en sera de même au niveau de la colonne dorsale alors que dans la région lombaire nous n'enregistrerons que des phénomènes très frustes (lombalgies) qui rendent le diagnostic difficile et font qu'à ce niveau le dépistage du mal de Pott est en général tardif, à la période des abcès.

Cette raideur à tous les niveaux sera difficile à rechercher, et c'est plutôt sur une impression d'ensemble que l'on se basera que sur des tests de certitude.

Le malade, quand il se retourne, donne l'impression de le faire en bloc, tout d'une pièce. On sent le manque de souplesse de la colonne vertébrale et, en faisant marcher le malade, on perçoit sa démarche hésitante.

B) *Radiologiquement.*

Sauf des cas, malgré tout assez rares, où, dès le début, les lésions osseuses ont été très importantes, l'on peut dire qu'à ce stade, le seul signe net du point de vue radiologique, est constitué par le pincement articulaire et accessoirement des signes de décalcification plus ou moins nets.

Le pincement articulaire, lui, semble précoce, constant et fidèle. C'est à ce stade qu'il convient d'éviter des erreurs de diagnostic que peuvent entraîner les signes de diverses affections.

Des affections d'origine infectieuse (spondylites).

Des troubles de l'ossification (épiphysites) ou des malformations proprement dites (hémivertèbres — spina bifida).

Des traumatismes (Kummel — Verneuil. — Fractures. — Hernies discales).

Toutes les spondyloses (rhizoméliques — rhumatismales). Enfin toutes les dorsalgies et lombalgies d'étiologie inconnue et cependant si fréquentes surtout chez les femmes.

Le diagnostic précoce d'un mal de Pott, malgré les progrès de la radiographie et la meilleure connaissance des signes cliniques, est tout de même malaisé, soit parce que le malade ne vient pas consulter pour des troubles qu'il juge lui-même

supportables et dont il attend la disparition spontanée, soit parce que le médecin en présence de signes discrets s'aille vers une fausse piste, et pense longtemps à de simples algies d'origine rhumatismale.

C'est ainsi que, non traitée, l'affection aboutira peu à peu à la phase suivante.

2^e) PHASE D'ETAT.

Elle va se caractériser par l'apparition d'une gibbosité plus ou moins marquée, d'abcès ossifluents, et l'installation d'une paraplégie. Ces trois ordres de signes pouvant co-exister ou se trouver isolément. La gibbosité médiane et symétrique est formée uniquement aux dépens du rachis d'après les auteurs classiques.

On l'apprécie surtout au doigt qui, en suivant la ligne des apophyses épineuses, est arrêté par la saillie de la gibbosité.

Les abcès peuvent constituer le seul symptôme d'une atteinte vertébrale. Ils ont été surabondamment décrits tant au point de vue processus de formation que voies migratrices.

La paraplégie représente la conclusion normale du tassement, de l'effondrement au niveau du rachis.

Elle participe également en plus de la compression médullaire de « phénomènes d'irritation inflammatoire, d'œdème et de myelomalacie » décrits par Dupré et Camus.

Il est admis que cette paraplégie des pottiques passe par trois périodes : d'établissement, d'état stationnaire et de regression qui sont d'une durée approchée de six mois chacune.

C'est à cette époque que le diagnostic radiologique ne permettra plus aucun doute avec ses signes d'effondrement vertébral, ses images de contours osseux mal limités dans tous les sens, et de fuseau paravertébral traduisant la formation d'abcès ossifluents.

Il est inutile de s'attarder. Disons simplement que cette période est celle du diagnostic patent du Mal de Pott. Peu à peu ces phénomènes regresseront et nous assisterons à la troisième phase de la maladie.

3^e) PHASE DE REGRESSION.

Elle sera caractérisée par des signes cliniques qui consisteront en l'atténuation progressive des paraplégies, la disparition progressive des abcès froids ou le tarissement de leurs fistules.

Le seul intérêt sera celui des épreuves radiographiques faites à cette époque, qui montreront une nouvelle netteté

des contours osseux, correspondant à une cicatrisation anatomique des lésions comme le dit Sorrel dans le *Traité de Chirurgie Orthopédique*. Le cliché montrera une condensation marquée au niveau des lésions anciennes. Ceci étant surtout net chez l'enfant.

L'intérêt du diagnostic réside donc presque uniquement dans un dépistage précoce de la maladie. En effet aux moments où le diagnostic est évident et patent, sa connaissance n'offre plus le même intérêt du point de vue pronostic qu'à la phase de début.

Nous pensons que deux ordres de recherches doivent mettre sur la voie d'un diagnostic exact au début de l'affection :

C'est, d'une part, un interrogatoire précis et minutieux du malade, et deuxièmement un contrôle radiographique absolument systématique dans tous les cas de doute, même chez le vieillard, car, le Pott, s'il a son maximum de fréquence dans l'enfance, n'en est pas moins une maladie de tous les âges et il faudra y penser même chez un septuagénaire qui présentera des douleurs rebelles à type rhumatismal et siègeant surtout au niveau du rachis.

Il conviendra également de porter avec précision le diagnostic de la phase évolutive dans laquelle se trouvera le malade soumis à l'examen du médecin car de cette précision dépend à notre avis, en grosse partie l'indication thérapeutique qui va suivre.

En effet si chez l'enfant un traitement médical et de repos complet dans le decubitus suffit à amener la guérison par ankylose, il n'en est pas de même pour l'adulte chez qui nous devons apporter « in situ » les moyens de mener à bien cette ankylose et ce par l'ostéo-synthèse vertébrale par greffon tibial.

Rôle du Greffon

Ainsi chez l'adulte nous interviendrons chirurgicalement pour fixer au niveau des épineuses atteintes, un greffon osseux, permettant de favoriser la guérison par ankylose.

Par quel mécanisme ce greffon va-t-il agir ?

Il est facilement compréhensible que deux théories se soient fait jour.

La première soutient que le rôle mécanique est primordial et que l'action bienfaisante du greffon n'existe que dans la mesure où il assure le blocage plus ou moins complet des articulations des corps vertébraux malades entre eux, et de celles sus et sous jacentes.

Cette immobilisation forcée amenant à la longue l'ankylose voulue.

La deuxième, rejetant cette première théorie, ne voit qu'une solution à fournir à ce problème.

Un apport calcique massif au niveau malade, favorisant l'ostéogénèse et d'autre part, une hypervascularisation importante aidant beaucoup ce processus cicatriciel.

La première de ces théories semble peut être un peu trop exclusive. D'aucuns pensent que le rôle de blocage par le greffon ne pourrait en aucun cas avoir l'importance que certains lui prêtent.

Monsieur le Professeur A. Aimes a greffé une malade sur 9 vertèbres dorsales et elle a conservé une souplesse importante du rachis.

La seconde théorie par contre semble comporter de nombreux points exacts. On tend à penser à l'heure actuelle que le simple ébranlement vasculaire causé par le traumatisme opératoire, serait un mécanisme important d'amélioration, le rôle propre du greffon étant assez réduit.

Deut être pourrait on concilier ces deux thèses en restant dans la vérité et admettre que le greffon par apport calcique local, favorise l'ostéogénèse locale et contribue ainsi puissamment au blocage articulaire visé et que, portant sur plusieurs apophyses épineuses qu'il immobilise en les bloquant partiellement, il facilite mécaniquement l'ankylose, mais que néanmoins une part importante dans la formation de cette sorte de cal vertébral revient au traumatisme opératoire lui même qui dès le début va créer une perturbation salvatrice dans la circulation locale.

Si le rôle de blocage de la colonne vertébrale par le greffon est absolument nié ou si l'on ne lui attache qu'une importance minime il est bien évident que l'on aura intérêt à prendre un greffon long et large ; mais d'autres opérateurs soutiennent qu'un greffon trop long immobilisant un segment trop important du rachis, ne limitera pas son ankylose aux segments médullaires malades mais l'étendra bien au dessus et bien au dessous.

Pour nous dans les observations prises au Sanatorium du Grau du Roi nous avons toujours employé un greffon portant sur les apophyses épineuses malades et celles immédiatement sus et sous jacentes.

Les résultats ainsi obtenus nous permettent de croire à une efficacité aussi marquée de cette méthode, que de la technique à longs greffons.

Nous appelons l'attention sur les signes radiographiques

suivants qui semblent constituer un véritable test de vitalité du greffon donc de réussite ou d'échec de l'intervention.

Tout greffon qui après six mois se présente sur un cliché radiographique avec des contours bien calibrés, bien réguliers comme au moment de la pose, ou bien est un greffon sans vie, isolé comme un corps étranger, ou bien subsiste pour son propre compte, sans avoir réalisé de soudure intime sur les points de contact avec l'arc postérieur.

Au contraire, des contours irréguliers, mal limités, épaissis ou élargis à la hauteur et au contact des apophyses épineuses ou des lames vertébrales, témoignent d'un greffon ayant pleinement réalisé son but.

Les images de profil sont à cet égard plus démonstratives que les images de face de ce travail d'ostéogénèse et de plastie.

Décision de l'Intervention

Nous allons dans ce paragraphe essayer de répondre à une triple question :

Qui opérer ? — Quand opérer ? — Comment opérer ?

A) *Qui opérer ?*

Nous avons déjà vu que si le Mal de Pott est sensiblement plus fréquent chez l'enfant que chez l'adulte il y est également beaucoup plus sensible aux diverses thérapeutiques et chez lui une cure de repos en decubitus permanent et d'aération continue en milieu sanatorial, complétée par une cure héliothérapique, amène en général après un temps plus ou moins long, l'ankylose voulue.

L'adulte, au contraire, n'arrive pas à établir par ses propres moyens sa guérison anatomique définitive.

Citons à ce sujet l'opinion de Sorrel :

« Les lésions évoluent chez l'adulte comme chez l'enfant en passant par les mêmes stades successifs, mais la dernière phase est incomplète. »

Les lésions regressent, mais ne guérissent que partiellement, elles restent assoupies sans jamais s'éteindre totalement, et après des mois et même des années de guérison apparente, elles sont toujours susceptibles de réveil. C'est pourquoi, chez l'adulte, le traitement par les moyens orthopédiques seuls est insuffisant, et pourquoi on est obligé de recourir à des interventions à des ostéo-synthèses qui lui donnent contre son mal une assurance supplémentaire.

Chez le vieillard, car le mal de Pott, bien qu'il soit rare

existe aussi chez lui la tendance à la guérison est plus incomplète encore ».

La conclusion en est simple — nous n'opérerons pratiquement jamais d'enfant et l'ostéo-synthèse vertébrale dans le mal de Pott est une intervention pratiquement réservée aux malades adultes.

B) *Quand opérer ?*

Nous n'opérons que sur des lésions stabilisées et jamais en présence d'abcès froids sauf dans les cas assez rares où un abcès s'est organisé et demeure identique à lui même sans tendance à évoluer ou à regresser pendant un temps assez long.

Nous n'opérons donc pas en présence de lésions évolutives. Clavelin Ch. dans les Archives de Médecine et de Pharmacie militaire de 1932 pense et nous nous rallions à son opinion que toute la question des indications opératoires dans les tuberculoses ostéo-articulaires est dominée par ces deux principes : opérer en dehors de la période de bacillémie, opérer lorsque les lésions ayant terminé leur évolution arrivent à la période de sclérose. On met ainsi le malade à l'abri autant que possible des méningites, des généralisations que l'on risque en intervenant à la période de bacillémie et de pleine évolution.

Nous aurons au préalable posé notre diagnostic avec certitude pour éviter de greffer à tort des spondylites ou des spondyloses. Des lésions de syphilis vertébrale pourraient en imposer pour une tuberculose des corps vertébraux.

Mais dans ce cas les radiographies qui montreront l'association d'un processus destructif par osteopériostite hypertrophiante, et les réactions de laboratoire (Bordet Wasserman) qui seront positives nous mettront sur la voie du diagnostic.

Ainsi après avoir éliminé tout ce qui pourrait prêter à confusion nous préciserons par notre interrogatoire minutieux et par un examen clinique approfondi, associés à des examens radiographiques le degré d'activité et le stade évolutif des lésions qui nous permettront de poser ou de rejeter l'indication opératoire.

C) *Comment opérer ?*

Nous n'interviendrons que sur des malades ayant un bon état général donc en état de résistance maximum. Nous parviendrons à ce résultat en menant de pair chez nos malades trois séries de thérapeutiques.

1°) Un traitement orthopédique consistant en une immobi-

lisation rigoureuse dans le decubitus sur plan dur en favorisant par des cales ou des coquilles platrées les lordoses de compensation.

Ce repos, cette immobilisation dans le decubitus doivent être précoces, complets et prolongés.

Précoces, c'est-à-dire qu'il est de première nécessité d'immobiliser le malade aussitôt le diagnostic porté, sans souffrir le moindre retard. Ils doivent être complets, c'est-à-dire permanents et absolus — Prolongés c'est-à-dire maintenus jusqu'à ce que les clichés radiographiques en premier lieu et les examens cliniques successifs aient donné l'assurance autant que faire se peut d'une consolidation durable.

2°) Un traitement hélio climatique pouvant se pratiquer aussi bien en altitude qu'au bord de la mer et associant aux bienfaits d'une aération continue les effets salutaires d'une cure héliothérapique bien conduite.

3°) Un traitement hygiéno-diététique comprenant à côté des heures de lever et de coucher régulières des cures de silence journalières — Une alimentation substantielle et saine et non pas la suralimentation dont on se sépare de plus en plus à l'heure actuelle pensant que chez les bacillaires et notamment chez les malades couchés pendant des mois elle est à l'origine de nombreux troubles digestifs et toujours d'un certain état pléthorique incompatible avec un bon fonctionnement cardiaque dans le decubitus prolongé.

A cela nous adjoindrons une cure médicamenteuse de soutien destinée à aider au rétablissement d'un bon état général.

Au Congrès de la Société Italienne d'Orthopédie de Bologne en Octobre 1932, Paltrinieri sur 49 cas de tuberculose osteo articulaire traités par les injections d'antigène méthylique conclut que les réactions générales seraient rares et minimales. Les contre indications résideraient dans les formes à forte pyrexie ou évoluant vers la cachexie bacillaire. Ces injections amélioreraient sensiblement les conditions générales et influenceraient favorablement et spécifiquement les foyers tuberculeux — amélioration contrôlable à la radiographie — action durable après la fin de la cure par création d'immunisation humorale et tissulaire.

Classiquement on préconisera des injections intraveineuses de 5 ou 10 cc. de gluconate de Calcium par séries de 10 à 12 injections séparées par un intervalle de 3 semaines à un mois. En même temps que ces injections, on administrera per os de la vitamine D (Sterogyl 15 ou Calcoferol 15) qui

jouera en quelque sorte un rôle de fixateur du Calcium dans l'organisme.

Que peut on attendre de cette thérapeutique ? Très en vogue à l'heure actuelle elle ne semble être nuisible en aucun cas, mais si la teneur en calcium baisse au niveau des organes atteints par le bacille de Kock il semble difficile de prêter à l'organisme une sélectivité suffisante pour lui permettre de fixer électivement à l'endroit voulu cet apport calcique exogène : Par ailleurs si le taux de calcium baisse dans des proportions notables dans les organes touchés par la tuberculose, le taux de la calcémie demeure constant dans les états bacillaires.

Néanmoins les injections de gluconate de calcium provoqueront toujours un « coup de fouet » sur un organisme débilité et par un réveil de l'appétit pourront l'aider à lutter d'une manière plus efficace.

Divers ordres de médications seront employés d'une façon concomitante, tels le chlorhydrate de choline en injections sous cutanées ; l'Huile de foie de Morue (ergostérol irradié) les extraits hépatiques par os ou en injections seront d'utiles adjuvants aux autres types de thérapeutiques.

Le bon fonctionnement de l'appareil digestif devra être vérifié souvent et nous assisterons par suite de l'immobilisation prolongée dans le decubitus à de la stase intestinale pouvant amener dans les intestins parésiés une pullulation du colibacille et créer des états pathologiques toujours longs et pénibles à traiter. Une bonne prophylaxie les évitera. On aura soin de soigner la si fréquente constipation chez les pottiques par des laxatifs mécaniques (Psyllium — Huile de Paraffine).

Enfin avant l'intervention nous procéderons comme avant toute opération chirurgicale à une analyse sommaire d'urines (Albumine — Sucre) et à une recherche du taux de l'urée sanguine.

Deux autres réactions seront recherchées.

En premier lieu la réaction de Vernes à la résorcine qui si elle s'élève aux environs de 60 pourra constituer une contre indication à l'acte opératoire.

En second lieu la réaction de Besredka qui ne présente qu'un intérêt tout relatif.

La vitesse de sédimentation sanguine pourrait offrir de l'intérêt ; malheureusement les résultats qu'elle fournit sont trop sujets à caution pour que l'on puisse y attacher une foi assurée.

Bien entendu, immédiatement avant l'intervention nous com-

plèterons notre dossier en y ajoutant les chiffres fournis par la recherche du temps de saignement et de coagulation et par la mesure de la Tension Artérielle.

Technique Opératoire

L'idée de l'ankylose des arcs postérieurs dans le traitement des maux de Pott de l'adulte n'est pas nouvelle, puisque dès 1893, Chipault préconisait d'unir les apophyses épineuses malades par des fils métalliques pour en assurer l'immobilisation et en favoriser l'ankylose.

Il avait ouvert la voie, que depuis, d'autres ont suivie mais surtout Albee et Hibbs aux Etats-Unis.

C'est en 1911 que parvint en France la nouvelle que des opérateurs Américains traitaient le mal de Pott chirurgicalement. Les observations publiées furent examinées chez nous avec beaucoup de scepticisme.

Depuis, en raison des bons résultats obtenus et de la facilité relative d'exécution de l'intervention, elle est admise par la quasi-totalité des chirurgiens, mais les modalités de l'opération ont soulevé et continuent à soulever de nombreuses discussions. La technique de Hibbs provoque la formation d'un véritable « cal postérieur » et comporte des temps d'intervention brutaux et assez choquants :

1°) rugination du périoste des apophyses épineuses et des lames vertébrales jusqu'à la base des apophyses transverses.

3°) Abrasion au ciseau burin des articulations intervertébrales.

4°) Suture au dessus des apophyses épineuses imbriquées des lames périostées et fibreuses attachées à la rugine (Massart Vidal et Naquet).

Pour être efficace, cette intervention doit porter sur un grand nombre de vertèbres. Elle nous semble trop sanglante et traumatisante pour avoir un emploi courant dans le traitement des Maux de Pott.

Nous estimons en effet, qu'une chose primordiale et à ne pas perdre de vue, c'est que nous sommes en présence d'un organisme débilité qui a subi l'atteinte du bacille de Koch et qui bien souvent se présente au chirurgien en état de moindre résistance physique.

Au Sanatorium du Grau du Roi, depuis 13 ans la méthode d'Albee a été adoptée parce que non sanglante, et très peu traumatisante.

En effet pour espérer de bons résultats de l'intervention il faut que les points de contact osseux entre le greffon

et les lames vertébrales soient assurés d'une manière intime.

Très souvent les greffons latero épineux ne reposent pas directement sur des lames dont l'avivement n'a pas été suffisant. Dans la technique d'Albee, au contraire, la fente pratiquée dans les apophyses épineuses permet un contact intime.

Il en est de même, évidemment, dans le cas de résection des apophyses épineuses.

Les 42 observations que nous présentons comme base de ce travail ont toutes été pratiquées sous anesthésie locale.

Pourquoi l'anesthésie locale et pourquoi avoir abandonné la classique anesthésie générale ?

Il est admis et prouvé surabondamment que l'anesthésie générale provoque une réaction importante qui même chez un sujet sain par ailleurs et non débilité (appendicectomie ou cure radicale de hernie par exemple) soumet l'organisme à une rude épreuve par cette sorte d'intoxication massive par l'anesthésique qui provoque les vomissements qui sont la règle au cours de l'intervention ou après l'intervention. Or nous sommes en présence d'une bacillaire chez qui les effets nocifs de cette anesthésie vont être sensiblement multipliés.

L'anesthésie locale permettra au malade d'éviter ces inconvénients. Le choc opératoire est extrêmement réduit et l'on peut dire que l'opéré, sort de la salle d'interventions dans le même état de résistance qu'au moment où il y est entré.

Comment se pratique cette anesthésie.

Elle se pratique après une anesthésie de base faite au Grau du Roi au Duna 13 ou Scophedal, destinée à réduire encore le choc opératoire.

Sa technique comprend tout d'abord l'anesthésie cutanée par injections intra-dermiques, puis l'anesthésie sous-cutanée suivie de l'injection intra musculaire de la solution anesthésique. On termine par l'infiltration des ligaments interosseux.

On peut dire que cette anesthésie est excellente et que la douleur pendant l'intervention est pratiquement nulle. L'intervention se poursuit après l'anesthésie par la création du lit du greffon.

Pour cela nous avons rejeté l'usage de la scie électrique ou du ciseau-godille de Huc pour employer le ciseau frappé qui permet de bien mieux se rendre compte et de la profondeur obtenue et de l'angle du ciseau.

Les chocs portés sur le ciseau sont évidemment dosés en raison du fait que nous agissons sur la région médullaire. Le

choc médullaire ainsi créé et qui devrait amener une redoutable hypotension, n'est pas une conséquence que nous ayons observée fréquemment malgré les mesures systématiques faites au cours des interventions. Une seule fois la maxima est descendue à 9 cm. 1/2 après être partie de 13 cm. 1/2, mais deux injections de Pressyl l'ont ramenée à 11 cm. jusqu'à la fin de l'intervention.

Nous n'avons noté aucun accident grave d'origine médullaire.

A signaler seulement deux cas de constipation opiniâtre ayant duré six jours chez un malade et cinq jours chez l'autre.

La prise du greffon tibial se fera également au ciseau frappé plutôt qu'à la scie électrique ralliant en cela l'opinion de Richard.

« On prélève d'ordinaire le greffon à la face interne du tibia après taille d'un large lambeau cutané à base postérieure puisque l'anatomie nous apprend que la peau de cette région reçoit ses artères de l'arrière.

Nous avons l'habitude de ne pas utiliser la scie électrique pour deux raisons : la première peut être théorique mais au moins défendable est que l'échauffement produit par la scie bouche les canaux de Havers et nécrose au moins sur une certaine épaisseur les bords du greffon. La seconde à notre sens beaucoup plus importante est qu'il n'est pas possible de prélever à la scie électrique un greffon souple ou simplement flexible.

Il est donc avantageux de se servir toujours du ciseau frappé pour en avoir une plus grande habitude et le manier avec plus de dextérité ; un ciseau large coupant bien, permet d'obtenir toutes les variétés de greffons en ce qui concerne la forme, l'épaisseur, le prélèvement ainsi effectué est rapide facile avec un peu d'habitude ; il suffit d'avoir assisté un certain nombre de fois à l'emploi d'une scie rotative même maniée par un chirurgien entraîné pour convenir que l'accrochage d'un champ ou d'une compresse par la scie, une échappée vers la peau, les éclaboussures de sang, de sérum, couvrant la face de l'opérateur et de son aide sont tout à la faveur du procédé du ciseau frappé, simple, élégant, et aussi rapide ».

On peut prélever un greffon souple ou rigide selon les cas et comprenant le périoste plus une quantité plus ou moins importante de substance osseuse, le prélèvement pouvant aller jusqu'à la cavité médullaire de l'os.

Le périoste est certainement la partie la plus importante du greffon comme le prouvent les expériences que Haldeman

a tentées sur 22 lapins chez lesquels il a utilisé des greffons tibiaux ou péroniers qui furent soit totaux, soit ostéopériostés, soit osseux proprement dits, et dont il a suivi l'évolution à la radiographie.

« Le périoste, écrit-il, est l'élément le plus important de la greffe osseuse, tant en ce qui concerne la formation du cal, que la survivance de la greffe ».

On note parfois au moment de la prise du greffon, quelques phénomènes douloureux s'irradiant, le plus souvent vers le genou, pouvant provenir des chocs assez violents exercés sur un membre portant à faux.

On remédiera facilement à cet inconvénient en changeant simplement la position du membre.

Avantage, à ce sujet, de l'anesthésie locale, qui permet au malade d'avertir les opérateurs des phénomènes douloureux qu'il ressent et éviter ainsi une entorse qui serait toujours fâcheuse.

Le greffon est ensuite soigneusement placé dans son lit, les muscles arrimés par des points de catgut, l'aponévrose maintenue par un surjet.

Pendant l'opération on assure une surveillance permanente du pouls et de la tension artérielle.

Donc intervention très peu choquante, non sanglante. L'anesthésie de base préalable réduisant encore les quelques risques de choc que l'on pourrait avoir.

Néanmoins il convient de garder à sa portée pendant l'opération de l'éphédrine injectable en cas de fléchissement tensionnel.

Dans le cas d'une gibbosité trop importante notre technique restera la même mais selon l'intensité de cette gibbosité nous emploierons un greffon souple ou deux greffons accolés bout à bout et formant entre eux un angle marqué.

Conclusions

Nous présentons un travail où rien de nouveau n'est apporté, ce n'est seulement que l'exposé et le commentaire de la méthode opératoire employée au Sanatorium du Grau du Roi avec succès comme le montrent les observations ci dessous.

Aussi nous nous excusons d'insister sur le fait primordial à notre sens, que le mal de Pott en ce qui concerne sa thérapeutique chirurgicale doit être envisagé d'abord et avant tout, sous l'angle de la phtisiologie et que la greffe d'Albee sous anesthésie locale que nous ne préconisons qu'après avoir écarté les autres modes d'intervention parceque trop

traumatisants à notre gré, ne peut être qu'un complément du traitement général et médicamenteux.

Nous pensons que nous ne devons intervenir que tard, en présence de lésions assoupies, c'est à dire dans le courant de la troisième année d'évolution, dans la phase de pré-consolidation.

D'excellents résultats après des interventions précoces pourraient peut être provenir du fait que l'on considère l'affection comme ayant débuté le jour où le malade a été soumis à l'examen médical alors que la tuberculose des corps vertébraux est une maladie qui se développe insidieusement et se présente bien souvent pour la première fois au chirurgien ou au médecin au cours de la deuxième ou même de la troisième année d'évolution.

Une intervention pratiquée immédiatement à cette époque est en réalité une intervention tardive.

Pour nous, nous n'opérons que lorsque nous aurons constaté les signes cliniques d'une stabilisation des lésions et surtout les signes radiologiques qui doivent aller de pair : nettoyage des lésions — netteté des contours osseux, condensation marquée — disparition ou atténuation des images de fuseau paravertébral.

A ce moment là seulement et si notre malade possède un état général suffisant nous serons en droit d'intervenir sans redouter des complications.

La plupart des chirurgiens avec Sorrel conseillent après l'intervention un repos complet dans le decubitus horizontal pendant six mois; puis ne font lever qu'avec un appareil orthopédique.

Le Fort demande l'immobilisation complète trois mois, un mois de « promenade au lit » puis fait lever après le quatrième mois sans corset, et progressivement les malades reprennent une vie normale.

Au Grau du Roi après une immobilisation complète dans le decubitus horizontal, nous faisons progressivement lever nos malades après examen radiologique, et dans les cas heureux nous enregistrons des guérisons pratiquement complètes et définitives qui permettent aux anciens pottiques de reprendre une activité professionnelle quasi normale dans une société au sein de laquelle, avant l'ostéo-synthèse vertébrale ils n'auraient retrouvé leur place que dans des circonstances exceptionnelles.

On pourrait à ce sujet rapprocher dans la tuberculose osseuse la greffe d'Albee du Pneumothorax Artificiel dans les tuberculoses pulmonaires.

Les deux méthodes permettent de donner au malade et au médecin une sécurité beaucoup plus grande. Toutes deux permettent médicalement une consolidation et entraînent du point de vue social des conséquences importantes. — Raccourcissement du temps passé en Sanatorium — Raccourcissement du temps d'épreuve.

Reprise hâtée de l'activité professionnelle et sociale — Inutilité enfin du port de corsets orthopédiques.

Nous n'épiloguerons pas sur ce rôle social et familial de la greffe d'Albee dont la seule lecture permet de mesurer toute l'étendue et toute l'importance.

OBSERVATION N° 1

Malade de 33 ans — Cultivateur

Entré le 12 Août 1941 — Sorti le 18 Février 1942 (décès)

Antécédents : Mélitococcie à 3 ans. En 1938 ablation du testicule droit pour orchio-épididymite tuberculeuse — Fistule post-opératoire — En Avril 1941 apparition de micropoly — adénopathie cervicale gauche.

Autres localisations : A l'entrée fistule sur la face externe de la région scrotale Droite — Masse volumineuse non douloureuse dans la région angulo-maxillaire gauche — Paraplegie avec Babinski positif.

Début apparent de la maladie : Décembre 1940.

Immobilisation : Août 1941.

Etat local : Abscès ossifluent paravertébral au niveau de la colonne dorso lombaire.

Nombreuses ponctions.

Gibbosité dorsale inférieure

Opération : 14 janvier 1942.

Portant sur D7 D8 D9

Suites : Décédé le 18 Février 1942 d'une affection intercurrente.

OBSERVATION N° 2

Malade de 40 ans — Sans profession.

Entrée le 6 Décembre 1941 — Sortie le 21 Novembre 1942.

Durée de séjour : 11 mois.

Antécédents : Pleurésie droite.

Autres localisations : R.A.S.

Début apparent de la maladie : Septembre 1939.

Immobilisation : Novembre 1941.

Etat local : Pas d'abcès, pas de gibbosité.

Opération : 18 Mai 1942.

Portant sur D12 L1 L2 L3.

Suites normales.

Lever : Octobre 1942 — 5 mois après l'intervention.

Greffon : bonne tenue.

Etat général : bon.

Rechutes : non.

Etat fonctionnel : Très bon.

OBSERVATION N° 3

Malade de 18 ans — sans profession.
Entré le 11 Décembre 1941 — Sorti le 20 Novembre 1942.
Durée de séjour : 11 mois.
Antécédents : Broncho-pneumonie à un an — Angine diphtérique
à 15 ans.
Autres localisations : R.A.S.
Début apparent de la maladie : Janvier 1941.
Immobilisation : Décembre 1941.
Etat local : Abscès région fessière gauche
Ponctionné 8 fois.
Pas de gibbosité.
Opération : 25 Mars 1942.
Portant sur D12 L1 L2 L3
Suites : suppuration peu abondante ayant duré 2 semaines
Lever : Septembre 1942 — cinq mois après l'intervention.
Abscès : disparu.
Greffon : bonne tenue.
Etat général : moyen.
Rechutes : non.
Etat fonctionnel : Très bon.

OBSERVATION N° 4

Malade de 30 ans — Cultivateur
Entré le 28 Avril 1941 — Sorti en Novembre 1943.
Durée de séjour : 19 mois.
Antécédents : R.A.S.
Autres localisations : R.A.S.
Début apparent de la maladie : Août 1940.
Immobilisation : Avril 1941.
Etat local : Pas d'abcès ossifluent, pas de gibbosité.
Opération : 1^{er} Avril 1942.
Portant sur L3 L4 L5 S1
Suites : normales.
Lever : Octobre 1942 — 5 mois après intervention.
Greffon : bonne tenue.
Etat général : bon.
Rechutes : non.
Etat fonctionnel : Très bon.

OBSERVATION N° 5

Malade de 21 ans — Mécanicien
Entré le 23 Décembre 1941 — Sortie le 13 Mai 1942
Durée de séjour : 5 mois.
Antécédents : Pleurésie droite en 1938.
Autres localisations : R.A.S.
Début apparent de la maladie : Avril 1941.
Immobilisation : Mai 1941.
Etat local : Abscès paravertébral région lombaire droite.
Ponctionné 3 fois — pas de fistulisation.
Gibbosité importante dorsale inférieure.
Opération : 15 Avril 1942.
Portant sur D10 D11 D12 L1
Suites : normales.
Lever : Septembre 1942 — cinq mois après l'intervention.
Abscès : disparu.
Greffon : bonne tenue.
Etat général : bon.
Rechutes : non.
Etat fonctionnel : Très bon.

OBSERVATION N° 6

Malade de 22 ans — ouvrier.
Entré le 7 janvier 1942 — Sorti le 10 Décembre 1942
Durée de séjour : 11 mois.
Antécédents : Pleurésie gauche en 1938.
Autres localisations : R.A.S.
Début apparent de la maladie : Octobre 1940
Immobilisation : Avril 1941.
Etat local : pas d'abcès, pas de gibbosité.
Opération : 29 Avril 1942.
Portant sur D12 L1 L2 L3.
Suites : Constipation opiniâtre durant six jours.
Lever : Octobre 1942 — cinq mois après l'intervention.
Greffon : bonne tenue.
Etat général : bon.
Rechutes : non.
Etat fonctionnel : Très bon.

OBSERVATION N° 7

Malade de 34 ans — Comptable.

Entré : 20 Février 1942 — Sorti le 20 Janvier 1943.

Durée de séjour : 11 mois.

Antécédents : Pleurésie gauche suivie de bacillose pulmonaire — atteinte de l'épididyme gauche puis du rein du même côté (nephrectomie).

Autres localisations : Rénale — Pulmonaire et génitale.

Début apparent de la maladie : Mai 1941.

Immobilisation : Juin 1941.

Etat local : empatement fosse iliaque gauche.

Opération : 17 Juin 1942.

Portant sur L1 L2 L3 L4

Suites : normales.

Lever : Décembre 1942 — six mois après l'intervention.

Etat général : déficient.

Rechutes : Reprend son activité mais en Décembre 1944 apparition de douleurs et découverte d'un second foyer sur L4 L5. Rentre au Sanatorium du Grau du Roi le 24 Juillet 1945 où il est encore en traitement.

OBSERVATION N° 8

Malade de 18 ans — étudiant

Entré le 20 Mai 1942 — Sorti le 6 Avril 1943.

Durée de séjour : 11 mois.

Antécédents : R.A.S.

Autres localisations : R.A.S.

Début apparent de la maladie : Juillet 1940.

Immobilisation : Août 1941.

Etat local : Absès fosse iliaque droite.

Petite gibbosité région dorso-lombaire.

Opération : 18 Août 1942.

Portant sur D11 D12 L1 L2.

Suites : normales.

Lever : Février 1943 — six mois après l'intervention.

Greffon : bonne tenue.

Etat général : bon.

Rechutes : non.

Etat fonctionnel : Assez bon.

OBSERVATION N° 9

Malade de 23 ans — Boulanger.
Entré le 12 Novembre 1941 — Sorti le 13 Mai 1943.
Durée de séjour : 18 mois.
Antécédents : R.A.S.
Autres localisations : Tuberculose pulmonaire.
Début apparent de la maladie : Juin 1940.
Immobilisation : Décembre 1940.
Etat local : abcès fosse iliaque gauche.
gibbosité lombaire.
Opération : 27 Août 1942.
Portant sur L1 L2 L3 L4.
Suites : Cicatrisation assez lente sans suppuration.
Lever : Février 1943 — six mois après l'intervention.
Greffon : bonne tenue.
Etat général : médiocre.
Rechutes : non.
Etat fonctionnel : Assez bon.

OBSERVATION N° 10

Malade de 35 ans — Sans profession.
Entrée le 20 Octobre 1941 — Sortie le 26 Novembre 1943.
Durée de séjour : 25 mois.
Antécédents : hémoptysies en 1938.
pas de B - K à l'analyse, pas de lésions.
Autres localisations : R.A.S. du point de vue pulmonaire.
Début apparent de la maladie : Mars 1941.
Immobilisation : Juillet 1941.
Etat local : abcès région trochantérienne droite.
ponctionné souvent
gibbosité dorsale inférieure.
Opération : 21 Octobre 1942.
Portant sur D11, D12, L1, L2.
Suites : Normales.
Lever : Juin 1943 — 8 mois après l'intervention.
Greffon : soudure semble insuffisante.
Etat général : assez bon.
Abcès : après s'être résorbé réapparaît en Février 1943.
Rechutes : non.
Etat fonctionnel : Assez bon.

OBSERVATION N° 11

Malade de 16 ans — sans profession.

Entré le 8 Avril 1940 — Sorti le 16 Octobre 1943.

Durée de séjour : trente mois.

Antécédents : Père adénite cervicale et axillaire tuberculeuse.

Autres localisations : Séjour au Grau du Roi de Septembre 1938 à
Septembre 1939 pour adénite sous maxillaire droite, incisée.

Début apparent de la maladie : Janvier 1940.

Immobilisation : Avril 1940.

Etat local : Pas d'abcès.

Gibbosité lombaire avec scoliose dorsale à convexité gauche.

Opération : 22 Décembre 1942.

Portant sur L2 L3 L4 L5.

Suites : constipation opiniâtre durant cinq jours.

Lever : Juin 1943 — six mois après l'intervention.

Greffon : bonne tenue.

Etat général : bon.

Rechutes : non.

Etat fonctionnel : bon.

OBSERVATION N° 12

Malade de 25 ans : Manceuvre.

Entré le 14 Avril 1942 — Sorti le 22 Octobre 1943.

Durée de séjour : 18 mois.

Antécédents : Pleurésie droite.

Autres localisations : R.A.S.

Début apparent de la maladie : Juin 1940.

Immobilisation : Novembre 1941.

Etat local : Abcès fosse iliaque droite.

Opération : 9 Janvier 1943.

Portant sur L3 L4 L5 S1

Suites : normales.

Lever : Août 1943 — 7 mois après l'intervention.

Etat général : bon.

Rechutes : A subi par la suite nephrectomie pour tuberculose rein
droit.

Etat fonctionnel : bon.

OBSERVATION N° 13

Malade de 44 ans — infirmière.
Entrée le 2 Février 1943 — Sortie le 6 Mars 1943.
Durée de séjour : 1 mois.
Antécédents : Angine diphtérique à 21 ans.
Appendicectomie (suites normales).
Pleurésie gauche en 1939.
Autres localisations : R.A.S.
Début apparent de la maladie : Novembre 1938.
Immobilisation : Mars 1941.
Etat local : Abscès inguinal droit
Ponctionné 1 fois
Pas de gibbosité.
Opération : 11 Février 1943.
Portant sur L2 L3 L4 L5.
Suites : normales.
Lever : Octobre 1943 (?) 8 mois après intervention.
Greffon : pas de renseignements.
Etat général : médiocre.
Etat fonctionnel : pas de renseignements.

OBSERVATION N° 14

Malade de 37 ans — Sans profession.
Entrée le 6 Mai 1942 — Sortie le 12 Novembre 1943.
Durée de séjour : 18 mois.
Antécédents : En Février 1942 après un séjour de 8 mois au Grau
du Roi apparition d'une paraplegie flasque avec troubles des
sphincters, qui retrecède vite.
Autres localisations : R.A.S.
Début apparent de la maladie : Février 1940.
Immobilisation : Juin 1940.
Etat local : Abscès dorsal inférieur
Ponctionné 2 fois.
Gibbosité dorsale moyenne
Opération : 7 Avril 1943.
Portant sur D6 D7 D8 D9.
Suites : normales.
Lever : Novembre 1943 — 7 mois après l'intervention.
Abscès : persistance d'une image de fuseau paravertébral.
Greffon : bonne tenue.
Etat général : médiocre.
Rechutes : non.
Etat fonctionnel : bon.

OBSERVATION N° 15

Malade de 24 ans — Sans profession.
Entrée : le 26 Janvier 1942 — Sortie le 27 Novembre 1943.
Durée de séjour : 22 mois.
Antécédents : Diphtérie à 12 ans.
Autres localisations : R.A.S.
Début apparent de la maladie : Février 1941.
Immobilisation : Juillet 1941.
Etat local : Abscès dorsal inférieur.
Gibbosité dorsale moyenne.
Opération : 24 Avril 1943 — 2 foyers.
Portant sur D7 D8 D9 — E1 L2
Suites : normales.
Lever : Juillet 1942 — 7 mois après l'intervention.
Abscès : a considérablement regressé.
Greffon : bonne tenue.
Etat général : bon.
Rechutes : non.
Etat fonctionnel : Très bon.

OBSERVATION N° 16

Malade de 24 ans — Sans profession.
Entrée le 8 Avril 1942 — Sortie le 22 Novembre 1943.
Durée de séjour : 19 mois.
Antécédents : Scarlatine — Annexite gauche — Dysménorrhée —
Oligoménorrhée — Tendance adipeuse — Souffle systolique de
la pointe.
Autres localisations : R.A.S.
Début apparent de la maladie : Juillet 1941.
Immobilisation : Décembre 1941.
Etat local : Abscès dorsal moyen.
Gibbosité dorsale moyenne.
Opération : 20 Mai 1942.
Portant sur D6 D7 D8 D9.
Suites : normales.
Lever : Octobre 1942 — 6 mois après l'intervention.
Abscès : disparu.
Greffon : bonne tenue.
Etat général : bon.
Rechutes : non.
Etat fonctionnel : Très bon.

OBSERVATION N° 17

~~RESUME DE LA MALADIE~~

Malade de 30 ans — Menuisier.

Entré le 5 Juillet 1942 — Sorti le 13 Décembre 1943.

Durée de séjour : 17 mois.

Antécédents : Pleurésie gauche en 1940.

cure radicale de hernie inguinale droite.

Autres localisations : R.A.S.

Début apparent de la maladie : Mars 1942.

Immobilisation : Mars 1942.

Etat local : Abscess au niveau de l'omoplate gauche sans B-K
ponctionné 6 fois — La ponction donne issue à un liquide clair
ou sanguin avec fongosités.

Pas de gibbosité.

Opération : 11 Août 1943.

Portant sur L3 L4 L5 S1

Suites : persistance fistule minime.

Lever : Mars 1944 — 7 mois après intervention.

Etat général : bon.

Rechutes : non.

Etat fonctionnel : bon.

~~REMARQUES~~

Les Observations

Nous avons basé notre travail sur 42 observations s'échelonnant du 14 Janvier 1942 au 4 Avril 1946 (date de l'intervention chirurgicale).

Ces greffes d'Albee se répartissent annuellement de la façon suivante :

Année 1942 Onze interventions

» 1943 Neuf »

» 1944 Trois »

» 1945 Dix

» 1946 Neuf »

jusqu'au 4 Avril

Pensant que les observations relatives aux opérations pratiquées dans le courant des années 1942 et 1943 présentent un recul suffisant dans le temps, pour pouvoir juger de la qualité de la guérison nous les publions à l'exception de trois d'entre elles pour lesquelles les renseignements cliniques sont insuffisants.

Les observations portant sur les années 1944 et 1945 entreront dans la composition de nos quelques chiffres statistiques.

Celles de l'année 1946 nous donneront quelques renseignements supplémentaires sur les suites immédiates de l'intervention.

Statistiques de nos Observations

Maux de Pott :	{	cervicaux	néant
		dorsaux	huit
		dorso-lombaires	quatorze
		lombaires	vingt

Soit un pourcentage de :

Maux de Pott	{	cervicaux	0%
		dorsaux	18 %
		dorso-lombaires	33 %
		lombaires	48 %

1°) *Incidents ou Accidents au cours de l'intervention.*

Un cas d'hypotension à 9 cms 1/2 de Hg pendant la création du lit du greffon.

Un cas d'anesthésie semblant n'avoir donné qu'une insensibilisation insuffisante, malgré la technique habituelle.

2°) *Incidents ou Accidents postérieurs à l'intervention.*

Un cas de décès post-opératoire par affection intercurrente. Deux cas de suppuration peu abondante ayant duré environ deux semaines.

Un cas de suppuration intense avec greffon éliminé par fragments (attribuée à la stérilisation insuffisante accidentelle de catguts N° 4).

3°) *Résultats proprement dits de la greffe.*

Sur 33 cas que l'on puisse apprécier dont les 17 cas les plus anciens sont publiés ci-dessous nous avons :

21 résultats très bons soit 63 %.

7 résultats bons soit 21 %.

3 résultats assez bons soit 9 %.

2 résultats médiocres soit 6 %.

Nous entendons par résultats « très bons » ceux qui ont fait de nos anciens malades des hommes identiques à ce qu'ils étaient avant leur mal de Pott.

Par résultats bons nous voulons dire ceux qui ont permis aux malades de travailler d'une façon régulière mais en prenant des précautions.

Par résultats assez bons ceux qui ont permis une activité irrégulière.

Les résultats mauvais ou médiocres sont ceux où l'on a assisté soit à une reprise de l'infection sur un nouveau foyer soit à un décès par suite d'une maladie intercurrente.

4°) *Greffes récentes.*

9 malades ont été greffés entre le 10 Janvier et le 4 Avril 1946. Les suites opératoires proches ont été les suivantes :

8 suites opératoires normales.

1 cicatrisation retardée par suppuration prolongée.

BIBLIOGRAPHIE

- RICHARD. — In Traité de Chirurgie Orthopédique d'Ombredanne et Mathieu.
- SORREL ET M^{me} SORREL-DEJERINE. — In Traité de Chirurgie Orthopédique d'Ombredanne et Mathieu.
- RAPHAEL MASSART, VIDAL, NAQUET. — Pratique Orthopédique.
- OMBREDANNE. — Précis clinique et opératoire de Chirurgie Infantile.
- CALVE JACQUES. — La tuberculose ostéo-articulaire.
- LEDoux ET LEBARD. — Précis de radio-diagnostic clinique.
- CLAVELIN CH. — La tuberculose ostéo-articulaire dans l'armée. « Archives de Médecine et de Pharmacie militaires 1932 ». . . .
- LE FORT RENE. — Société de chirurgie 1931. — Bulletins et Mémoires 1932.
- PALTRINIERI. — Congrès de la Société Italienne d'Orthopédie Bologne — Octobre 1932
- HALDEMAN. — Influence du périoste sur les greffes osseuses The journal of bone and joint Surgery — Boston 1933.
- BRETON-ANDRE. — Etude de la réaction de Vernes à la Résorcine dans le diagnostic et le pronostic des tuberculoses.
- HUET JEAN. — Traitement du mal de Pott dorso-lombaire. Thèse Nancy 1931.
- LEBEL JOSEPH. — La douleur dans le mal de Pott. Thèse Paris 1939.
- CAIRE MARCELLE. — Contribution à l'étude des causes d'échec de la Greffe d'Albee dans le mal de Pott de Rott chez l'adulte. Thèse Paris 1937.

SOICHOT RENE. — Etude des résultats éloignés de la Greffe d'Albee dans le mal de Pott chez l'adulte ; formes cervicales exceptées. Thèse Lyon 1936.

Goux RENE. — Contribution à l'étude du traitement chirurgical du mal de Pott par les greffons ostéo-périostiques. Thèse Paris 1932.

MATTHIS PAUL. — Suites immédiates et résultats éloignés du traitement du mal de Pott par les opérations ankylosantes. Thèse Strasbourg 1937.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui lui seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je reste fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de confrères si j'y manque.

En ma qualité de Censeur de tout,
j'ai lu la thèse ayant pour titre :

**La Greffe d'Albee sous anesthésie locale
dans le Mal de Poit
Indications — Technique**

Je pense que la Faculté
peut en permettre l'impression.

Montpellier, le 28 Juin 1946
le Professeur,
AIMES.

Vu :

Montpellier, le 1^{er} Juillet 1946
le Doyen
G. GIRAUD.

Vu et permis d'imprimer :

Montpellier, le 4 Juillet 1946
Le Recteur,
SARRAILH.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

ART & TECHNIQUE



Imp. H. MAUGER
27, Rue de l'Aspic
N I M E S

